TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr René CRUCHET

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX



BORDEAUX

IMPRIMERIE G. GOUNOUILHOU

9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

1904



TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine (1902).

Chef de Clinique médicale infantile (1902).

Lauréat de la Faculté : Prix de thèse, Médaille d'or (1902).

Prix du Conseil général de la Gironde (1901).

Prix de la Société des Amis de l'Université :
Mention honorable (1900), Médaille d'argent (1901).

Voyage dans les Universités allemandes et suisses (1900).

Chargé de mission en Allemagne (1902).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Bordeaux (Concours de 1895).

Interne des Hôpitaux de Bordeaux (Concours de 1897).

Interne lauréat des Hôpitaux (4e année, Concours de 1901).

Lauréat des Hôpitaux : Médaille d'argent (1901).

ENSEIGNEMENT

Principes de séméiologie aux élèves de la Clinique médicale infantile (1900-1903).

Conférences cliniques sous la direction de M. le professeur Moussous (Décembre 1902 et Mars 1903).

Conférence d'internat (1900-1901).

Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Lauréat de cette société : Mention honorable (1900) et Prix (1901).



TABLE ANALYTIQUE

I. — TUBE DIGESTIF. FOIE. DIÉTÉTIQUE.

II. — APPAREIL PULMONAIRE. THYROIDE ET THYMUS.

III. — MÉDIASTIN. CŒUR ET VAISSEAUX. REINS.

IV. — SYSTÈME NERVEUX.

V. — MALADIES GÉNÉRALES.

VI. — DIVERS.

VII. — RAPPORTS.



TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — TUBE DIGESTIF. FOIE. DIÉTÉTIQUE.

1. Perforation du voile du palais dans un cas d'hérédo-syphilis tardive *(Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1900, p. 331-32).

Fillette de quatorze ans, entrée le 28 mai 1900 dans le service de M. le professeur Moussous, se plaignant depuis quelques jours de nasonner et de voir une partie des liquides avalés refluer par le nez.

A l'examen, on constate qu'elle a au niveau du voile (partie médiane) une masse de coloration grisâtre, ayant l'apparence d'une gomme en partie évacuée.

Pas de troubles auditifs, pas de dent de Hutchison. Mais, il y a un an, kératite double, qui faillit entraîner la perte de la vue de l'œil droit, et qui a guéri sous l'influence du traitement spécifique.

Le traitement spécifique, de nouveau institué, a été suivi, en quinze jours, d'une réparation presque complète de la perte de substance palatine.

----

2. La Stomatite pseudo-membraneuse.

Les recherches que nous poursuivons sur ce sujet depuis un an dans le service et le laboratoire de nos maîtres MM. les professeurs

Moussous et Ferré, nous ont amené à des conclusions un peu analogues à celles que nous avons proposées pour l'angine diphtérique. (Voir n° 7.)

Si nous compulsons les quinze observations personnelles que nous avons recueillies jusqu'ici, nous constatons que les résultats des cultures, fournies soit par M. le professeur Ferré, soit par son préparateur, notre ami le Dr Buard, sont les suivants :

Bacille de Löffler	9 fois, dont	8 toujours associé. 1 pur.
Streptocoque	11 fois, dont 1 pur.	
Staphylocoque	7 fois, dont 1 pur.	
Diplocoque	10 fois, toujours associé.	
Microcoque	2 fois, toujours associé.	

Il résulte de ces faits que : si la stomatite pseudo-membraneuse est une enlité au point de vue clinique, cette entité, au point de vue bactériologique, est fonction de micro-organismes différents. Ce sont d'ailleurs les conclusions auxquelles étaient arrivés précédemment Mongour et Armand, après des recherches analogues poursuivies chez M. le professeur Ferré.

Vu la présence fréquente du bacille de Löffler dans la stomatite pseudo-membraneuse, il est prudent, dans les cas douteux, ou non contrôlés par les examens bactériologiques, de pratiquer rapidement les injections de sérum antidiphtérique.

Il importe toutefois de noter que les stomatites pseudo-membraneuses en général, y compris celles à bacilles de Löffler, ont un pronostic bien différent des angines pseudo-membraneuses, surtout löffleriennes. Tandis que celles-ci ont une tendance à gagner les voies respiratoires et se compliquer de croup, celles-là sont essentiellement bénignes.

La remarque n'avait pas échappé à Bretonneau : « L'activité de l'inflammation diphtérique, dit-il, ne tarde pas à se borner lorsque les gencives ont été son premier point de départ.

» Il n'y a pas le moindre rapport entre le danger d'une affection pelliculaire de la bouche et le péril auquel expose une petite tache diphtéritique qui se montre d'abord à la surface des tonsilles,

d'où elle peut se propager en peu de jours, quelquefois même en peu d'heures, à la trachée et bientôt aux dernières ramifications des bronches. »

Nous reviendrons d'ailleurs sur ces différents points dans un prochain mémoire, après avoir terminé les recherches que nous poursuivons actuellement sur ce sujet.

3. **Sur deux cas de grenouillette** (en collaboration avec M. Rothamel; *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 4 à 7).

4. **Sur deux cas de grenouillette; résultats de l'examen histo-bactérioscopique** (*Bull. Soc. anat. physiol. Bordeaux*, même année, p 75-77).

Nous présentons deux sujets : l'un, homme de trente-huit ans, atteint de grenouillette aiguë; l'autre, femme de cinquante-sept ans, atteinte de grenouillette chronique.

Après intervention, faite par notre maître le professeur Lanelongue, l'examen des pièces pratiqué par M. le professeur agrégé Sabrazès montra :

1° Dans la grenouillette aiguë : des amas de tissu lymphoïde autour du canal excréteur central, se diffusant à travers les lobules glandulaires voisins, et contenant dans leurs cellules des staphylocoques associés à quelques bâtonnets. Donc : infection glandulaire ascendante aiguë.

2° Dans la grenouillette chronique : une dilatation kystique des lobules glandulaires, avec mucus concrété dans les acini dilatés. Par le Gram, on trouve quelques cocci ronds en chaînette de sept ou huit éléments, abondants dans le tissu interstitiel. On voit aussi des formes en bâtonnet et des diplocoques à grains ovalaires. Donc, il s'agit ici d'une glande kystique, en dégénérescence

muqueuse, dont les lésions seraient dues à une infection chronique par voie ascendante (Sabrazès).

Ce qui est surtout intéressant, et qui n'avait jamais été signalé jusqu'ici, c'est la présence de nombreux microbes dans l'intimité des grenouillettes.

5. **Ostéomyélite du maxillaire inférieur** (en collaboration avec M. de Boucaud; *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 40-43).

Observation d'un jeune homme de vingt-sept ans, intéressante au point de vue du diagnostic principalement.

Après avoir éliminé la syphilis ou la tuberculose, M. le professeur Lanelongue avait envisagé l'hypothèse d'*actinomycose*. Mais la régularité de la tumeur, l'absence de trajets fistuleux, enfin et surtout l'examen bactériologique du pus recueilli dans l'anfractuosité alvéolaire, pratiqué deux fois et déclaré chaque fois négatif (Sabrazès), avaient fait rejeter cette opinion, pour adopter celle d'ostéomyélite.

6. **L'angine diphtérique** (*Arch. de méd. des enfants*, juin 1903).

7. **Considérations sur l'angine diphtérique, à propos de deux cas personnels.**

Les angines pseudo-membraneuses, sous leur terme le plus large, sont causées par de nombreux micro-organismes. Le bacille de Klebs-Löffler est de beaucoup le plus fréquemment rencontré, puis ce sont le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le pneumobacille, le colibacille, le bacille de Ferré,

étudié par Boussenot, certains cocci, le tétragène, les sarcines, diverses levures, le bacille fusiforme, etc...

Beaucoup de ces micro-organismes sont associés, mais on en rencontre cependant à l'état de pureté et ce sont, en dehors du bacille de Löffler : le streptocoque, le staphylocoque, des cocci, le bacille de Ferré, etc.

Les angines pseudo-membraneuses à Löffler sont les plus graves : elles se compliquent fréquemment de croup et de paralysies.

Les autres angines pseudo-membraneuses sans Löffler, dans lesquelles on trouve le streptocoque, le staphylocoque, des cocci, le bacille de Ferré, le colibacille, etc., à l'état de pureté ou d'association, sont moins graves que les précédentes. Elles peuvent néanmoins, en certaines circonstances, s'accompagner de paralysie et de croup. Aux cas rapportés notamment par Bourges, Baginsky, Fütterer, Martin, je puis ajouter deux observations des plus intéressantes, recueillies dans le service de M. le professeur Moussous, et dont l'examen bactériologique a été fait à deux reprises différentes par M. le professeur Ferré.

Dans un cas, il s'agissait d'un enfant de quatre ans, entré au pavillon de la diphtérie en juillet 1903 avec les signes cliniques d'une diphtérie typique, dont les fausses membranes tapissaient les amygdales et l'arrière-gorge. Le larynx, chez lui, fut épargné, mais il eut, au moment de la convalescence, un peu de parésie du voile du palais, qui disparut rapidement en quelques jours avec de nouvelles injections de sérum. Or l'examen bactériologique, fait au début et à la fin par M. le professeur Ferré, montra la présence de *staphylocoque* pur.

Dans l'autre cas, c'était un enfant de trois ans, entré en juillet 1903, atteint également de diphtérie typique compliquée de laryngite sans paralysie. Et ici encore l'examen, pratiqué dans les mêmes conditions par M. le professeur Ferré et notre ami le Dr Buard, permit de noter, à l'entrée, du *streptocoque* long associé à des diplocoques et, à la sortie, une association de streptocoque court et de staphylocoque.

Il résulte de ces faits que des angines pseudo-membraneuses, à

Löffler ou non, peuvent entraîner une symptomatologie absolument identique, et cette symptomatologie n'est autre, dans les cas considérés, que celle de l'angine diphtérique, telle qu'elle a été décrite par Bretonneau, Trousseau et leurs élèves.

Il en résulte que, cliniquement, il est impossible de dire d'emblée, si une angine est à bacille de Löffler ou non; par conséquent, on n'hésitera pas, même avant de connaître les résultats de l'ensemencement, à pratiquer une injection de sérum antidiphtérique. Pour deux raisons :

1° Au point de vue pratique : l'angine pseudo-membraneuse étant le plus ordinairement à bacille de Löffler, on doit toujours pratiquer de suite une injection de sérum, étant donné que le sérum, même administré préventivement, n'a pas d'inconvénient sérieux.

2° Au point de vue expérimental : on sait aujourd'hui que certains antitoxiques ne sont pas seulement antitoxiques vis-à-vis de leur propre toxine, mais vis-à-vis d'autres toxines. Et Charrin note que : « l'antitoxine diphtérique ou tétanique atténue les effets de certains venins ; son action ne se limite pas aux sécrétions du bacille de Löffler ou de Nicolaïer. Le sérum bactéricide pour le streptocoque se montre également nuisible pour les staphylocoques. »

Cependant, ces conclusions ne concordent pas absolument avec celles de M. le professeur Ferré. Dans la thèse de son élève Boussenot, où ce dernier étudie un bacille spécial non löfflérien, susceptible néanmoins de déterminer des angines à fausses membranes, le sérum antidiphtérique ne paraît pas avoir eu d'action sur les angines provoquées par cet élément. Antérieurement à ce travail, les recherches poursuivies également dans le laboratoire de M. le professeur Ferré par Armand, avaient conduit celui-ci, au sujet des stomatites diphtériques, à une conclusion analogue.

Le problème n'est donc pas résolu nettement. Il y a là toute une série d'inconnues à déterminer, qui feront l'objet de recherches ultérieures.

8. Traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie.

M. le professeur Ferré a insisté à de nombreuses reprises sur les heureux effets obtenus sur les paralysies diphtériques par la sérothérapie administrée à hautes doses. Les thèses de Dague et de Ballan, inspirées par M. Ferré, les communications de Mongour font foi de l'excellence de la méthode, qui donne chaque jour de bons résultats entre les mains de M. le professeur Moussous et de ses élèves.

Il est indiscutable que les accidents paralytiques sont d'autant moins graves que l'on injecte plus rapidement du sérum. Et il est bien probable que si l'on se servait du sérum dès le début même de la paralysie, la guérison surviendrait rapidement, sans qu'on soit obligé de recourir aux doses renforcées (qui n'ont d'ailleurs aucune action nocive, comme l'indique M. Ferré).

Un exemple à l'appui m'est fourni par une fillette de huit ans, qui était entrée au pavillon de la diphtérie (service de M. le professeur Moussous) le 23 novembre 1902, après un séjour antérieur pour diphtérie dans le même pavillon. Elle offrait alors les signes non douteux d'une paralysie du voile du palais.

On lui fit aussitôt, tout à fait au début, il est vrai, de cette affection, une injection de sérum antidiphtérique de 20 centimètres cubes, qu'on renouvela deux jours après, et cela suffit pour amener une guérison radicale.

****

9. Ascaris et appendicite (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 100).

Il s'agit d'un malade du service de M. le professeur Lanelongue, opéré pour appendicite, et chez lequel, quelques jours après l'intervention, en changeant le pansement, nous trouvâmes un ascaris au niveau de la plaie.

****

10. Hémorragies intestinales mortelles dans un cas de tuberculose pulmonaire avec entérite ulcéreuse (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, séance du 9 novembre 1903. En collaboration avec M. MAGNE).

Une fillette, âgée de douze ans et demi, entrée dans le service de M. le professeur Moussous avec de la tuberculose cavitaire du sommet droit, est prise brusquement d'épistaxis, d'hématémèses, et surtout d'entérorragies, qui l'emportèrent en trois jours.

L'autopsie montra une trentaine d'ulcérations sur la longueur de l'intestin grêle et du gros intestin, dont quelques-unes, surtout dans le voisinage du cœcum, ne mesuraient pas moins de cinq à six centimètres de longueur sur quatre centimètres de haut.

11. Néoplasme de l'estomac avec énorme généralisation secondaire du foie (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1900, p. 149-52).

Homme de quarante-sept ans, entré en décembre 1899 dans le service de M. le professeur agrégé Rondot.

Le malade offre une de ces formes *douloureuses* du cancer du foie si bien étudiées par Hanot et Gilbert. Dans les quatre derniers mois, les douleurs deviennent intolérables : elles sont continues, non fulgurantes, se dirigeant du creux épigastrique vers la colonne vertébrale et s'exaspérant parfois en crampes déchirantes, qui remontent jusque dans l'épaule droite.

Le foie, énorme, remplit toute la cavité abdominale, s'enfonce jusque dans les fosses iliaques.

A l'autopsie, son poids égale 5 kil. 200. A la section, sa substance est complètement transformée en une masse néoplasique blanchâtre, dessinant des arborisations marbrées, ramollies, s'effritant facilement, et donnant issue, sous la pression, à un liquide épais, granuleux et jaunâtre. Rate normale. Ulcération à bords végétants et de consistance encéphaloïde au niveau de la petite courbure de l'estomac.

12. – **Du babeurre ou lait de beurre (Buttermilch)** (*Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 22 février 1903).

Nous analysons dans cet article la valeur d'un aliment que nous avons vu employer dans la plupart des cliniques allemandes pour l'élevage des nouveau-nés athrepsiques, ou sujets à des troubles gastro-intestinaux : c'est le babeurre ou *Buttermilch* (en Allemagne).

Après avoir dit ce qu'est le babeurre, après en avoir donné la composition, nous montrons avec des expériences personnelles à l'appui, qu'il n'y a pas de différence bien notable entre lui et le lait très écrémé. Nous montrons également que les effets merveilleux que les auteurs allemands en auraient obtenus sont très contestables, étant donné que cet aliment n'a jamais été employé seul.

Aussi nous semble-t-il prudent d'admettre la sage réserve de Marfan qui fait remarquer que la plupart des auteurs recherchent un lait *gras*, tandis qu'ici on nous vante un aliment *maigre*.

II. — APPAREIL PULMONAIRE, THYROIDE ET THYMUS.

---

13. **Tubage dans un cas de laryngite morbilleuse suffocante; guérison. Considérations** (*Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 27 septembre 1903, p. 472).

Les auteurs sont divisés sur la question de savoir s'il faut tuber ou non dans les cas de ce genre; si l'on a souvent raison d'attendre la guérison spontanée (nous rapportons deux observations probantes), l'intervention s'impose, au contraire, dans des cas comme celui-ci : un enfant de vingt-six mois entre, le 3 août 1903, dans le service de M. Moussous en pleine éruption de rougeole, et a le jour même deux crises violentes de suffocation laryngée (dont une de trois quarts d'heure), avec dyspnée, tirage, dysphonie, etc. Le simple traitement médical a d'abord raison de cet état; néanmoins, il persiste les jours suivants un peu de dyspnée et un léger tirage.

Dans la nuit du 6 au 7, nouvelle crise très intense. Le 11 au matin, l'état s'aggrave, l'asphyxie est imminente: nous pratiquons le tubage. L'enfant se trouve aussitôt soulagé et s'endort. Détubage le 13, et guérison complète.

Ayant pensé à une diphtérie possible, nous avons à deux reprises pratiqué l'ensemencement sur gélose. La première fois, notre ami le Dr Buard, chef du laboratoire de l'institut Pasteur dirigé par notre maître M. le professeur Ferré, a trouvé du strep-

tocoque et du staphylocoque; la deuxième fois, du staphylocoque seulement.

Ce cas, intéressant à rapporter, confirme l'opinion de Sevestre, Variot, James Ball, Rocaz, Escat, Percy-Jakins, etc.

Attendre, mais ne pas trop attendre, voilà la conduite à tenir dans la laryngite morbilleuse suffocante.

****

14. **Croup et trachéotomie; indications opératoires** (Conférence aux élèves de la Clinique médicale infantile, faite en décembre 1902).

De cette conférence, essentiellement pratique, nous ne relèverons que deux points :

1° En clinique, la difficulté, souvent très grande, et parfois l'impossibilité même — malgré ce que disent certains auteurs — de diagnostiquer la broncho-pneumonie à forme suffocante du croup d'emblée. Il y a des cas où les signes sont tellement identiques dans les deux affections que le doute est permis, et que, dans le doute, il vaut mieux opérer. Ces cas sont surtout connus des internes des hôpitaux d'enfants, à qui on apporte des petits malades, arrivés au terme ultime de leur catarrhe suffocant, en pleine asphyxie, moment où le diagnostic ne peut qu'être hésitant, et où l'intervention, dans l'hypothèse de croup d'emblée, s'impose immédiatement.

2° Au point de vue opératoire, nous faisions quelques remarques concernant le deuxième temps de la trachéotomie, c'est-à-dire l'incision des parties molles et de la trachée.

Les hémorragies sont un des plus gros ennuis de ce deuxième temps opératoire. Or, elles sont dues non pas seulement à l'ouverture des vaisseaux thyroïdiens, mais à la section du corps thyroïde lui-même, qui est extrêmement congestionné et d'un volume généralement considérable : d'où le conseil de pratiquer l'incision trachéale autant que possible juste au-dessous de la thyroïde, en écartant l'isthme de la glande et les gros vaisseaux thyroïdiens.

Enfin, comme plus l'enfant est jeune, plus l'œsophage déborde à gauche la trachée, surtout quand on renverse la tête fortement en arrière — position de choix dans la trachéotomie, — il faut bien prendre garde de ne pas inciser l'œsophage au lieu de la trachée. Il suffit de songer à cette faute pour l'éviter, mais on n'y pense pas toujours, comme nous avons pu le remarquer chez certains débutants.

⁂

15. **Kyste hydatique du poumon** (en collaboration avec M. Fauquet, *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1900, p. 3 et 4).

Présentation d'un malade, âgé de seize ans, hospitalisé dans le service de M. le professeur agrégé Rondot, et dont l'affection, qui remonte à neuf mois, avait fait penser tout d'abord à la tuberculose pulmonaire, puis à la pleurésie interlobaire et à une dilatation bronchique. La possibilité d'un kyste avait été envisagée, mais, jusqu'au 8 janvier 1900, on n'avait pu constater ni crochets ni membranes d'hydatides dans l'expectoration. Ce jour-là, le malade fut pris brusquement d'un vomique de 325 grammes, et au milieu de crachats purulents on aperçut des membranes, ainsi que des amas tremblotants en pulpe de raisin. L'examen au microscope montra dans ces membranes la présence de stries réfringentes en feuillets de livre, caractéristiques de l'hydatide.

⁂

16. **Gangrène pulmonaire avec pyo-pneumothorax à trois ans et demi. Côte bifide** (en collaboration avec M. Nancel-Pénard, *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, séance du 17 août 1903).

Enfant entrée à l'hôpital le 21 juillet 1903, dans le service de M. le professeur Moussous, avec, du côté droit, tous les signes d'un épanchement hydro-aérique. L'haleine est d'une fétidité extrême, et l'on songe à un foyer de gangrène pulmonaire.

Pendant la nuit la dyspnée est telle que la thoracentèse est pratiquée d'urgence. Empyème le 23. Mort le 24.

A l'autopsie, rien du côté du poumon gauche. A droite, les plèvres sont tapissées de fausses membranes. Sur le bord postérieur du poumon, à 2 centimètres du bord inférieur, perforation de 1 centimètre de diamètre conduisant dans une petite excavation franchement gangréneuse. Pas de signes d'infiltration tuberculeuse, soit au niveau des sommets, soit au niveau des autres viscères.

L'examen histologique confirme ces données.

— Chez le même sujet, la troisième côte du côté droit se bifurquait à 1 centimètre de son insertion sternale et se reconstituait ensuite par soudure de ses deux branches 5 centimètres plus loin.

17. **Grosses cavernes pulmonaires guéries, trouvées à l'autopsie d'un emphysémateux mort de broncho-pneumonie aiguë** (en collaboration avec M. le professeur agrégé Rondot, *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 398-402).

Il s'agit d'un malade de cinquante-un ans mort dans le service le 4 décembre 1899, et entré dix jours avant avec des signes de broncho-pneumonie.

A la nécropsie, le diagnostic de broncho-pneumonie survenu chez un emphysémateux fut vérifié, mais ce qui est intéressant, c'est que l'on trouva au niveau de chaque sommet une grosse caverne complètement guérie. Ces cavernes pouvaient contenir un œuf de dinde ; elles étaient tapissées par une véritable membrane dure, résistante, scléreuse, de couleur gris-perle ; elles ne communiquaient avec aucun tuyau bronchique et ne contenaient aucune mucosité. Leurs parois se continuaient insensiblement avec le parenchyme pulmonaire environnant.

Il est certain que l'on se trouvait en présence de cavernes pulmonaires guéries, car l'interrogatoire du malade avait appris qu'une vingtaine d'années auparavant il avait toussé et eu des hémoptysies.

Cette observation montre : 1° la difficulté du diagnostic de certaines cavernes volumineuses quand elles sont fermées de toutes parts et masquées par de l'emphysème ;

2° La possibilité, admise déjà par Laënnec, de la guérison de la phtisie pulmonaire à une période fort avancée.

Il est toutefois exceptionnel de rencontrer des cavernes de cette dimension, et des deux sommets, arrivant à une organisation fibro-scléreuse si remarquable et à la guérison consécutive.

****

18. **Myxœdème congénital; stomatite pseudo-membraneuse à colibacilles; broncho-pneumonie; mort; autopsie** (en collaboration avec M. Rocaz, *Archiv. de méd. des Enfants*, février 1903, p. 97-104.)

Cas type de myxœdème congéuital chez une enfant de deux ans et demi, entrée dans le service de M. le professeur Moussous en octobre 1900.

Taille petite, tête volumineuse, tronc large, ventre gros avec pseudo-hernie ombilicale, membres courts et épais.

Le facies de la malade est caractéristique : la figure est bouffie; les yeux sont petits, surmontés de paupières paraissant œdématiées; le regard est vague et sans expression ; le nez est aplati; les lèvres sont épaisses, bleuâtres; la bouche reste constamment ouverte et par son ouverture on aperçoit la langue très hypertrophiée; de la bouche, la salive s'écoule continuellement; les joues sont épaisses; toute la peau du visage est dure et rugueuse, d'une couleur terne, d'un blanc terreux; les cheveux sont assez rares, très épais, durs, cassants, d'une coloration roussâtre non homogène. Les dents sont petites et rares. La fontanelle n'est pas fermée. Absence de corps thyroïde à la palpation.

Idiotie complète; gâtisme; parfois, cri rauque, étouffé, ne semblant correspondre à aucune sensation ni perception. Température constamment au-dessous de la normale (34° à 35°).

L'enfant est soumis aussitôt au traitement thyroïdien.

Mais broncho-pneumonie à forme pseudo-lobaire, suivie d'une poussée d'entérite avec stomatite pseudo-membraneuse à coli-bacilles; or, l'enfant avait l'habitude de porter constamment à



Fig. 1.

la bouche ses draps qui, dans le cours de cette entérite, étaient souvent souillés de matières fécales.

Guérison de ces affections intercurrentes. Reprise du traitement thyroïdien. Puis, quinze jours plus tard, broncho-pneumonie à foyers disséminés, et mort le 20 décembre 1900.

— Suit la relation complète de l'autopsie qui indique en particulier

l'*absence* de *corps thyroïde*. Mais, par la dissection attentive du tissu cellulo-adipeux au niveau de l'emplacement ordinaire de la glande thyroïde, on découvre quatre petits corpuscules arrondis, mesurant de 2 à 3 millimètres de diamètre, situés sur les bords droit et gauche de la trachée, juste au-dessous du cartilage cricoïde, et dont la couleur rouge-feu se distingue des ganglions voisins qui, aussi durs et un peu plus gros, sont d'un rouge violacé.

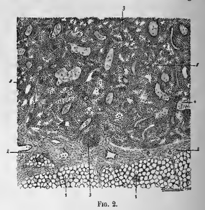


Fig. 2.

1. Tissu graisseux. — 2. Capsule fibreuse. — 3. Ilots lymphoïdes. — 4. Vaisseaux. 5. Vaisseaux de moindre calibre.

L'examen microscopique d'un de ces corpuscules nous a démontré qu'il s'agissait d'un organe nettement lymphoïde, encapsulé (*fig. 2*), dans lequel nous avons cherché vainement des corpuscules de Hassal. Le *thymus* lui-même est sclérosé, en voie de régression, sans corpuscules de Hassal.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

1° Il est curieux de remarquer combien l'hypothermie, qui est un symptôme commun dans le myxœdème, a été ici tenace et

persistante. Malgré l'atteinte de deux infections successives, — broncho-pneumonie et entérite, — la température n'est jamais demeurée longtemps à un haut degré : même dans les périodes les plus aiguës on l'a vue, brusquemment et plus d'une fois, descendre à 35°, 34°5, 34°.

2° La stomatite à colibacilles présentée par notre petite malade montre — pris pour ainsi dire sur le fait — le mode de contage direct de l'affection. Ici, évidemment, la transmissibilité a été rendue des plus aisées, par suite de la béance perpétuelle de la cavité buccale, à travers laquelle saillait continuellement, presque immobile, le bout de la langue hypertrophiée.

3° Les remarques cadavériques que nous avons notées confirment en grande partie celles qui ont déjà été signalées. L'absence de corps thyroïde, les troubles trophiques de la peau et de la muqueuse linguale, l'hypertrophie générale des tissus adipeux et conjonctif, l'arrêt de développement du squelette, les malformations viscérales rentrent bien dans le cadre des cas connus de ce genre.

Nous tenons cependant à insister sur quelques points.

Différents auteurs (Hofmeister et Stieda, Stilling), dans le myxœdème, ont constaté une hypertrophie de la grande pituitaire, d'autres ont noté la persistance du thymus (Souques, Stilling). Non seulement, dans notre cas de myxœdème congénital, nous n'avons pas observé d'augmentation de poids de l'hypophyse, mais nous avons constaté la sclérose progressive de la glande thymique. Ce dernier point a son importance. Au cours de recherches faites par l'un de nous (Cruchet), et encore inédites, sur la pathologie du thymus chez l'enfant, nous avons presque toujours observé une hypertrophie de cet organe dans les cas d'infection aiguë terminés rapidement par la mort, avant la période atrepsique finale, rencontrée si fréquemment dans le jeune âge. Ici, où la broncho-pneumonie emporta notre malade en quelques jours, nous aurions dû trouver un thymus pesant au moins 5 à 7 grammes pour l'âge de l'enfant : or, son poids atteignait à peine 2 gr. 5. De plus, la transformation fibreuse de la glande thymique, à deux ans et demi, surtout d'une façon aussi

envahissante, est un fait absolument anormal : nous croyons pouvoir le rapporter, ici, à l'état de malformation générale de l'organisme.

4° Un autre point qui nous paraît présenter un très grand intérêt est le suivant. Faut-il voir dans le corpuscule lymphoïde, décrit plus haut avec figure, un glandule thymique ou bien tout simplement un petit ganglion? Dire que ce n'est pas du tissu thymique, parce qu'on n'y a pas découvert de corpuscules de Hassal, ne nous paraît pas un argument très convaincant : chaque fois que le thymus est gravement attaqué, les corpuscules disparaissent, et nous avons ici même, de ce fait, un exemple frappant; dans les cas de cancer ou de lymphocythémie de la glande thymique, on sait encore combien fréquente est l'absence complète ou presque complète de ces corpuscules.

D'autre part, il est certain qu'un ganglion n'offre pas ordinairement une suractivité vasculaire aussi remarquable, avec tous ces lacs et tous ces sinus pleins de sang. Il est bon toutefois de noter que plusieurs ganglions de la malade, examinés ainsi que la rate, étaient très congestionnés; il faut savoir aussi que les ganglions en voie de développement présentent précisément de véritables sinus caverneux.

19. **Macroscopie du thymus chez l'enfant** *(Bull. Soc. anat. de Paris*, séance du 31 mai 1901).

20. **Considérations sur l'anatomie macroscopique du thymus chez l'enfant** *(Rev. mens. des maladies de l'enfance*, septembre 1901).

Ce travail est basé sur une statistique de 59 cas, recueillis dans le service de M. le professeur Moussous.

La couleur du thymus est généralement rose vif chez le fœtus et le nouveau-né, puis gris-rose et grisâtre à mesure que le sujet avance en âge. La consistance est analogue à celle de la masse

encéphalique; la forme est essentiellement variable : pyramidale, triangulaire, quadrilatère, pentagonale, etc...; il en résulte que les dimensions n'ont rien de fixe, de même que le poids : à la naissance, la moyenne est de 3 à 5 grammes, puis de 7 à 9 grammes vers trois ou quatre ans. Le poids spécifique est toujours supérieur à 1 grammé.

Le thymus est formé de deux lobes accolés, fréquemment réunis par des ponts de substance glandulaire : d'où aspect en U, en V, en H, en X. Chacun de ces lobes se termine par une corne supérieure et par une corne inférieure. Les lobes sont généralement droit et gauche, mais ils peuvent être supérieur et inférieur. Dans quelques cas, nous avons rencontré trois ou quatre lobes.

Les lobules thymiques communiquent largement entre eux chez l'enfant; leur nombre, pour chaque lobe, est de deux ou trois, ce qui est de beaucoup inférieur au nombre indiqué par les traités classiques.

La confusion est facile à faire entre les lobes thymiques aberrants et les ganglions de voisinage qui sont nombreux et souvent volumineux en cette région.

Nous étudions en terminant les rapports complets du thymus, qui ne sont guère qu'ébauchés dans la plupart des auteurs. Et nous les considérons successivement au niveau du corps de cet organe et de ces deux extrémités. Nous insisistons plus particulièrement sur les rapports de son extrémité supérieure (corne thymique supérieure gauche surtout).

III. — MÉDIASTIN. CŒUR ET VAISSEAUX. REINS.

21. **Tumeur du médiastin antérieur; oblitération complète de la veine cave supérieure** (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1900, p. 72-82).

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, entrée le 23 janvier 1900 dans le service de M. le professeur agrégé Rondot. A l'examen, la partie supérieure du corps fait un contraste frappant avec la partie inférieure : la face, le cou, le thorax, les bras et avant-bras sont comme boursouflés, tandis que les membres inférieurs, amaigris, paraissent encore plus grêles par comparaison. Dyspnée considérable, visage bouffi et cyanosé, matité compacte de la base droite et surtout dilatation considérable des veines du cou, du thorax et de la paroi abdominale où elles dessinent des arborisations multiples en *tête de Méduse*. Dans toute la partie antérieure du thorax, le sang noir circule de haut en bas, c'est-à-dire en sens inverse de son cours habituel, pour gagner les deux veines épigastriques, énormes, sinueuses, mesurant près d'un centimètre de diamètre et qui créent ainsi une voie de dérivation vers la veine cave inférieure. Pouls petit, rapide à 168. Céphalalgie continuelle, vertiges fréquents, bourdonnements d'oreille, épistaxis répétées.

Aggravation des symptômes, et mort le 11 février.

L'autopsie montre que l'on est en présence d'une tumeur du médiastin, ayant oblitéré totalement la veine cave supérieure.

La tumeur adhère en avant avec le sternum, en arrière avec la trachée, en haut avec le corps thyroïde. En bas, elle entoure la

crosse de l'aorte, les bronches, l'artère pulmonaire ; à droite, elle a gagné la bronche et le hile ; la veine cave supérieure et le tronc veineux brachio-céphalique droit ont disparu.

Le médiastin postérieur est tout à fait indemne.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'adéno-fibro-sarcome en voie de nécrose (Auché).

Conclusions :

1° Il s'agit d'une femme ayant présenté tous les signes d'une tumeur du médiastin avec oblitération de la veine cave supérieure ; diagnostic confirmé par l'autopsie.

2° Cette affection dont l'origine paraît remonter à quinze mois, infirme l'opinion de Destord : que les oblitérations de la veine cave supérieure permettent au plus une survie de six mois.

3° A cause de la situation de la tumeur, dont la portion principale (très probablement originelle) occupait la région thymale, nous acceptons les idées de Letulle, dans le cas particulier, et pensons que le néoplasme s'est développé *aux dépens du thymus* ou de ses débris atrophiques.

****

22. **Configuration extérieure du cœur chez l'enfant ; ses trois faces** (*Bull. Soc. anat. physiol. Bordeaux*, 1901, p. 9-11).

****

23. **Les trois faces du cœur chez l'enfant** (*Soc. anat. de Paris*, séance du 25 janv. 1901).

****

24. **Du cœur chez l'enfant : sa configuration extérieure, ses trois faces** (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 15 septembre 1901).

Voici les conclusions de ce dernier mémoire, basées sur une statistique de 73 cas, qui actuellement a dépassé 150.

1° Chez l'enfant, la configuration extérieure du cœur, dans son segment ventriculaire, correspond, d'après nos recherches, à celle décrite par Poirier chez l'adulte. On doit lui considérer trois faces, trois bords, un sommet;

2° La face antérieure ou sterno-costale, dans la majorité des cas, est presque entièrement constituée par le ventricule droit, sauf au niveau de la pointe; la face inférieure ou diaphragmatique est séparée en deux parties presque toujours *égales* par le sillon interventriculaire *postérieur,* qu'on pourra dorénavant dénommer plus logiquement : sillon interventriculaire *inférieur;* la face gauche ou pulmonaire, fort convexe, offre une étendue plus considérable qu'on ne le dit ordinairement;

3° Le bord gauche supérieur est formé presque entièrement, dans la majorité des cas, par le sillon interventriculaire antérieur; les bords gauche inférieur et droit, en rapport avec le diaphragme, n'offrent rien de particulier à signaler;

4° Le sommet ou pointe du cœur est généralement constitué par le ventricule gauche, qui envoie à ce niveau un petit prolongement. Ce prolongement, de forme triangulaire, est limité à sa base, vers la droite, par le sillon interventriculaire antérieur qui abandonne le bord gauche supérieur à 1/2 ou 1 centimètre du sommet, pour traverser en biais la face antérieure et gagner la face inférieure, où il prend le nom de sillon interventriculaire *inférieur;*

5° Peut-être enfin y aurait-il lieu de se demander si l'artère pulmonaire et l'auricule droite ne devraient pas être décrites avec la face antérieure du cœur, tandis qu'à la base reviendraient : l'aorte, l'auricule gauche et les plans postérieurs signalés plus haut.

....

25. **Dilatation énorme du cœur gauche chez une fillette de trois ans; myocardite diphtérique (?)** (*Journal de méd. de Bordeaux*, 27 décembre 1903).

Enfant admis dans le service de M. le professeur Moussous le 11 mars 1903, ayant eu neuf mois auparavant une diphtérie très

grave, suivie de paralysie du voile du palais, et d'asthénie diffuse.

On constate un œdème surtout accusé au niveau des membres inférieurs, des membres supérieurs et de la paroi abdominale, une dyspnée considérable avec orthopnée, un pouls filiforme à 124 et surtout une voussure précordiale manifeste avec matité cardiaque ne mesurant pas moins de 17 centimètres et demi horizontalement sur 11 centimètres en verticale. La limite inférieure a refoulé le foie en abaissant le diaphragme, et l'espace de Traube est en partie rempli par cette matité cardiaque.

M. le professeur Moussous avait eu à examiner successivement les trois hypothèses suivantes : péricardite, symphyse cardiaque, dilatation simple.

Au début, la présence d'une voussure, avec ondulation de la paroi, l'augmentation de la matité cardiaque, l'affaiblissement du choc de la pointe, les bruits lointains du cœur, faisaient penser à une péricardite avec épanchement. Une raison de plus en faveur de cette hypothèse était que le choc de la pointe semblait perçu au-dessus de la ligne de la matité. Manquaient, il est vrai, l'encoche de Sibson et les signes pseudo-pleurétiques de la base du poumon gauche, auxquels Perret et Devic, Pins, Weill, attachent une grande importance. Mais, les jours suivants, la perception nette de la pointe sous le doigt coïncidant avec la diminution de la matité cardiaque, la constatation d'un retrait systolique de l'espace intercostal, ainsi que d'un léger frottement au-dessous et en dedans de la pointe, l'absence de déplacement de la matité dans les changements de position, semblaient confirmer le diagnostic de péricardite évoluant vers la symphyse.

Cependant, le principal signe de la symphyse, à savoir : l'invariabilité de la forme de la matité, n'est point un signe absolument infaillible; car, dans certains cas de dilatation extrême, il est évident que le cœur ne peut se déplacer d'une façon appréciable. On sait, d'ailleurs, que des observateurs expérimentés, tels que Roger, s'y sont trompés. Et ne pouvait-on ici songer à un cas de ce genre?

La mort survint quelques jours après, et l'autopsie permit de

constater qu'il n'y avait pas la moindre péricardite, pas la moindre adhérence. Il s'agissait simplement de dilatation cardiaque, presque exclusivement *gauche*, sans hypertrophie appréciable.

N'ayant constaté aucune lésion valvulaire ni rétrécissement de l'aorte, nous avons pensé à une myocardite diphtérique, bien qu'il soit très exceptionnel, dans des cas de ce genre, que la dilatation se localise ainsi, surtout à gauche. On connaît cependant une observation analogue de Leyden.

---

26. **Insuffisance aortique chez un enfant de douze ans** (*Bull. Soc anat. et physiol. Bordeaux*, 1901, p. 24-27).

Il s'agit d'un malade du service de M. le professeur Moussous chez lequel le diagnostic porté fut : symphyse cardiaque légère avec insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale, avec insuffisance aortique (toutes lésions sous la dépendance d'un rhumatisme datant de deux ans).

L'insuffisance aortique est une rareté chez l'enfant, puisqu'on n'en connaît qu'une trentaine d'observations (Lefebvre). Plus fréquente chez les garçons, congénitale ou acquise, très souvent d'origine rhumatismale, elle existe à l'état pur ou elle est mixte, ce qui est le plus fréquent : elle co-existe alors généralement avec l'insuffisance mitrale, et les symptômes sont ceux de la lésion prédominante ; c'est le cas ici.

---

27. **Anévrysme de l'artère poplitée ; excision complète du sac ; guérison** (en collaboration avec M. de Boucaud ; *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 108-114).

Présentation d'un malade, âgé de trente-trois ans, qui, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'un traumatisme au niveau du creux poplité droit, a eu un anévrysme poplité. L'inter-

vention, faite par M. le professeur Lanelongue, a été suivie de guérison.

Les principaux points de cette observation sont :

1° L'anévrysme était certainement plus ancien que ne le faisait supposer le traumatisme, car, depuis plus d'un an, la jambe droite, plus grosse que l'autre, était le siège de fourmillements et de dilatations veineuses au niveau des malléoles.

2° Sous l'influence du traumatisme, il s'est fait une déchirure de la poche, d'où un anévrysme diffus consécutif.

3° La seule intervention possible, vu les adhérences, était l'extirpation. Elle a été suivie d'une guérison complète, définitive, et les fonctions du membre restent intactes.

28. **Néphrite toxique et péricardite tuberculeuse chez un bacillaire mort avec des symptômes d'urémie** (en collaboration avec M. Hobbs, *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1900, p. 147-149).

Homme de quarante-huit ans, entré dans le service de M. le professeur agrégé Rondot, en novembre 1899, avec tuberculose des deux sommets et signes d'urémie, puis péricardite consécutive. Mort le 11 avril sous toutes les apparences d'un urémique, avec anasarque complète et légère ascite.

L'autopsie confirme en entier le diagnostic.

Il était intéressant de se demander :

1° De quelle origine était la néphrite ;

2° Si la péricardite n'était qu'une complication d'ordre urémique survenue secondairement ;

3° Ou bien si la néphrite et la péricardite dérivaient du même processus.

L'examen microscopique a montré que le rein avait de la néphrite épithéliale et de la glomérulite sans tubercules et sans bacilles décelables ; mais depuis Grancher et ses élèves, on sait que ces lésions d'ordre toxique sont pour ainsi dire la règle dans

la bacillose rénale. Par contre, l'examen du péricarde a prouvé la nature réellement tuberculeuse de l'hyperplasie de la séreuse.

En conclusion, il est logique de penser que si la tuberculose a provoqué la néphrite, celle-ci a provoqué l'urémie, cause immédiate de la mort, et que si la péricardite est tuberculeuse, elle a encore été accrue par suite de l'imperméabilité rénale.

29. **Néphrite interstitielle chronique avec entéro-typhlite simulant une tuberculose pleuro-péritonéo-intestinale** (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 402-404).

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, entrée dans le service de M. le professeur agrégé Rondot, en décembre 1899, dans un état cachectique avancé. Amaigrissement considérable, aspect squelettique. Torpeur intellectuelle. Pas de température, rien au cœur, pas d'œdèmes.

Sommets pulmonaires suspects, matité congestive des bases, surtout à droite. Du côté de l'appareil digestif, inappétence, diarrhée continuelle avec incontinence des matières fécales et des urines. Abdomen douloureux au niveau du cæcum.

Le diagnostic porté est coli-typhlite; puis, étant donné l'état actuel des poumons et l'existence dans les antécédents d'une pleurésie, le diagnostic devient : tuberculose pleuro-péritonéo-intestinale à localisation surtout cæcale.

Aggravation des symptômes. Mort. A l'autopsie, on constate l'existence d'une néphrite interstitielle avec reins petits, scléreux, blanchâtres, et un cœur gros, consistant, dur (cœur rénal).

La muqueuse intestinale porte les marques d'une inflammation chronique, surtout accentuée au niveau du cæcum et au commencement du côlon ascendant; en ces points, elle est très épaissie, d'une dureté scléreuse, adhérant à la séreuse péritonéale.

Donc, néphrite interstitielle chronique avec entéro-typhlite secondaire — et non tuberculose intestinale.

IV. — SYSTÈME NERVEUX.

---

30. **Le tic convulsif et ses variétés cliniques** (mémoire pour la quatrième année d'internat, 1901).

31. **Etude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique** (méthode de Brissaud et méthode de Pitres. Thèse de Bordeaux, 1901-1902, 177 pages, *médaille d'or* des thèses).

32. **Des tics en général ; classement des tics** (communication faite au Congrès des aliénistes et neurologistes de Grenoble, 1902, *in Comptes rendus*, vol. II, p. 81-90).

33. **Cinq cas de tics traités par la gymnastique respiratoire** (en collaboration avec M. le professeur Pitres (communication même Congrès, vol. II, p. 123-128).

34. **Six nouveaux cas de tics traités par la gymnastique respiratoire** (en collaboration avec M. le professeur Pitres. Communication au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, août 1903).

Ces différentes publications contiennent toutes nos idées sur le tic convulsif. Les recherches que nous avons entreprises et pour-

suivies sur ce sujet, embrassent une longue période de temps qui va d'Arétée et Galien jusqu'à ces dernières années.

Rien que dans notre thèse, nous ne citons pas moins de cent quatre-vingts auteurs différents, ce qui représente un dépouillement minimum de quatre cents mémoires, articles et observations (pour ne parler que de ceux que nous avons utilisés). C'est dire que les conclusions que nous avons proposées, sont basées sur un ensemble respectable de faits, remarque qui nous autorisera à ne donner ici à ces conclusions qu'un développement succinct.

L'étude du tic convulsif en général peut être envisagée à deux points de vue : l'un *clinique* et l'autre *thérapeutique*.

I. Tic convulsif : définition, signes, variétés. — Au point de vue clinique, les idées fondamentales que nous avons défendues dans notre thèse, et sur lesquelles nous sommes revenus à diverses reprises, notamment au Congrès de Grenoble en 1902, sont les suivantes :

1° Le tic est une variété dans le genre convulsion. Le tic convulsif doit être considéré comme un symptôme et l'on peut le définir : *un mouvement ou un groupe de mouvements reproduisant* CLONIQUEMENT *un acte physiologique déterminé.*

En effet, le caractère essentiel relevé par la plupart des pathologistes (Trousseau, Troisier, Erb, Charcot, Oppenheim, Eicchorst, Pitres, Raymond, etc.), dans la morphologie du tic, c'est la brusquerie, la rapidité, le clonisme; mais pour que ces mouvements cloniques, qui affectent un muscle isolé ou un groupe de muscles, donnent l'impression du tic, il faut qu'ils soient associés pour produire une grimace, un sourire, un geste ou un acte physiologique quelconque, et que ces manifestations motrices se répètent de façon intempestive et inutile.

Cette base clinique générale, que nous avons assise sur de nombreuses observations empruntées aux auteurs les plus divers, nous paraît solide encore aujourd'hui, malgré les critiques qu'on lui ont été opposées, en particulier par notre excellent collègue et ami H. Meige et par Feindel, Noguès, qui ont cherché à identifier le tic et le spasme.

Nous croyons que *tic* et *spasme* doivent absolument être séparés l'un de l'autre, le spasme impliquant l'idée d'une secousse lente, d'une contraction plus ou moins tonique, d'une attitude même, symptomatologie motrice bien différente de celle du tic. Comme le dit M. le professeur Raymond, « envisager les choses autrement, c'est détourner les mots de leur sens habituel et créer une véritable confusion dans les idées ».

2° Ce point étant donc établi, la physionomie clinique du tic convulsif étant bien posée, nous avons montré que ce tic convulsif peut relever de deux ordres de causes : une cause matérielle et une cause fonctionnelle; d'où les deux groupes : matériel et fonctionnel.

a) Le groupe *matériel* comprend toutes les causes de lésion ou d'irritation par action directe (corticale, nucléaire, périphérique) et par action indirecte ou réflexe (extrêmement fréquente surtout daus la sphère du trijumeau).

b) Le groupe *fonctionnel* comprend tous les tics dont la cause ne peut être rattachée à aucune lésion ou irritation évidente, palpable ou visible, soit directe, soit réflexe, des centres ou de leurs voies de transmission : c'est le groupe des maladies psychiques et mentales (dont la maladie de Gilles de la Tourette n'est qu'une variété).

Poussant plus loin encore l'analyse, nous avons recherché s'il existait des différences cliniques entre ces deux groupes.

Habituellement, chacun d'eux se présente avec des caractères assez tranchés. On peut dire que le TIC CONVULSIF MATÉRIEL est *rythmique, inconscient, non modifié par le sommeil* et *la volonté*, par opposition au TIC CONVULSIF FONCTIONNEL *arythmique, conscient, qui est modifié par la volonté et disparaît dans le sommeil.*

Mais tous les intermédiaires existent entre les deux groupes, et les erreurs entre eux (en particulier dans les tics convulsifs de la face) ne sont pas exceptionnelles.

3° Les grandes lignes du tic convulsif étant ainsi posées, nous avons spécialement étudié certaines de ses variétés les plus intéressantes. Dans le groupe matériel, nous citerons surtout

les tics convulsifs de la paralysie générale et de la paralysie faciale; ceux de l'épilepsie, qu'il est parfois difficile de différencier des tics convulsifs du groupe fonctionnel.

Dans ce dernier groupe, essentiellement psychique et mental, nous avons successivement envisagé les tics convulsifs dans l'hystérie, la myoclonie, la maladie de Gilles de la Tourette, — dit des tics convulsifs, — l'imbécillité, le tic convulsif essentiel et d'imitation, la neurasthénie.

II. Traitement du tic convulsif. — Nous nous sommes tout particulièrement occupé du traitement des tics convulsifs ressortissant au groupe fonctionnel (en dehors de l'hystérie).

Jusqu'à ces dernières années, le pronostic du tic convulsif psychique était resté sérieux. La plupart des auteurs: Pujol, Duchenne, Axenfeld, Trousseau, Gintrac, Charcot, Guinon, Gilles de la Tourette, Oddo, considéraient comme incurable le tic convulsif.

Le traitement doit lutter, en effet, contre un état mental souvent précaire: où le tic s'est changé en habitude impérieuse, et où l'attention est faible, l'esprit changeant et frivole, la volonté débile.

Les méthodes nouvelles proposées par M. le professeur Brissaud et par M. le professeur Pitres ont eu raison, dans bon nombre de cas, de ces difficultés. Aussi voit-on peu à peu, à la suite des résultats heureux publiés, la sévérité du pronostic s'atténuer.

La méthode gymnastique, telle qu'elle est enseignée par M. le professeur Brissaud, est traitée tout au long dans l'ouvrage de MM. Meige et Feindel sur *les Tics et leur traitement;* nous n'avons pas à y insister.

Nous parlerons simplement de la méthode par *la gymnastique respiratoire,* préconisée par notre maître M. le professeur Pitres, et dont nous avons poursuivi nous-même l'emploi avec succès depuis plusieurs années. Voici le procédé que nous utilisons le plus ordinairement:

Le sujet tiqueur est placé droit, la tête fixe, le dos contre un

mur, les talons joints, les bras tombants, les mains appliquées tout d'abord contre les cuisses. Pendant deux à trois minutes, il récite à haute voix une fable quelconque, en faisant fréquemment et régulièrement, tous les deux ou trois vers, par exemple, une inspiration lente et profonde. Les deux ou trois minutes consécutives sont consacrées à des inspirations et expirations, égalemeut longues et profondes, avec élévation lente des bras dans l'inspiration, leur abaissement lent dans l'expiration.

Les premiers jours, on répétera ces exercices toutes les trois heures en moyenne, puis on espacera les intervalles en augmentant peu à peu la durée de chaque séance ; on arrivera ainsi à faire des séances de douze à quinze minutes, rarement plus, trois à quatre fois par jour. On continuera ainsi pendant un temps variable, selon les sujets, et on suivra alors, en sens inverse, les étapes parcourues. Revenu au point de départ, on espacera alors les séances, on en réduira le temps peu à peu, et progressivement on finira par les supprimer complètement.

Sur une vingtaine de tiqueurs traités jusqu'à aujourd'hui par cette méthode, nous n'avons eu à déplorer qu'un seul insuccès complet. Il faut toutefois savoir que les rechutes sont assez fréquentes, surtout dans les premiers temps du traitement : mais la méthode est si simple, elle est si facilement comprise et acceptée par les malades, que le succès est généralement assuré.

****

35. **Tuberculose nodulaire du bulbe** (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1902, p. 197-198).

****

36. **Méningite tuberculeuse du bulbe avec rémission de deux ans simulant la guérison; glosso-plégie droite d'origine périphérique; mort eubite par asphyxie bulbaire** (Communication faite à la Société de neurologie de Paris, séance du 6 novembre 1902; *in Revue neurologique*, n° 22, 30 novembre 1902).

L'observation que nous rapportons est celle d'un garçon de huit ans et demi, qui avait été soigné en octobre 1900 par notre collè-

gue et ami le docteur Rocaz dans le service de M. le professeur Moussous pour *méningite tuberculeuse probable.*

Cet enfant avait présenté à cette époque tous les signes de cette maladie, y compris la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien; puis peu à peu les symptômes s'étaient amendés, si bien que quelques mois plus tard la guérison paraissait complète (il n'y avait même plus de lymphocytose).

Vingt-deux mois après la première atteinte, l'enfant est ramené à l'hôpital des Enfants avec des symptômes absolument comparables à ceux de la première atteinte, quoique plus atténués.

A l'examen, nous constatons l'existence du trépied méningitique et une déviation nette de la langue à droite Une ponction lombaire donne issue à un liquide citrin contenant d'abondants lymphocytes. L'épreuve de l'iodure est négative et celle du vésicatoire montre dans l'exsudat l'absence d'éosinophiles.

Quelques jours après apparaît un zona intercostal absolument indolore, puis tous les phénomènes rétrocèdent de nouveau, et deux mois après l'hospitalisation l'enfant semble une deuxième fois radicalement guéri.

En présence de ces faits déroutants, nous pensons à la possibilité d'hystérie. Nous envisageons également l'hypothèse de méningisme.

Mais une dernière crise survint, suivie de mort subite avec tous les signes d'une asphyxie bulbaire : en particulier, les mouvements cardiaques persistèrent près de trois quarts d'heure après la cessation de l'acte respiratoire.

L'autopsie démontra l'existence d'une tuberculose miliaire siégeant principalement à la périphérie du bulbe et englobant les artères vertébrales, le tronc basilaire, les cérébrales postérieures et les troncs nerveux péribulbaires (surtout le grand hypoglosse).

Cette rémission de deux ans dans la marche de la méningite tuberculeuse est un fait exceptionnel, que l'on pourrait peut-être attribuer à la localisation des tubercules sur la pie-mère bulbo-protubérantielle.

▪▪▪▪▪▪▪▪

37. **Sur un cas de méningite cérébro-spinale typhique, avec présence du bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien** (en collaboration avec M. Buard; *Gaz. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 27 avril 1902).

Un garçon de treize ans et demi, entré en convalescence à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. le professeur Moussous, est pris brusquement le 2 mars 1902 des signes classiques d'une méningite cérébro-spinale : frissons, nausées, vomissements, fièvre (40°), tremblements généralisés, difficullé de la parole. Les pupilles sont rétractées et réagissent très lentement à la lumière. Rachialgie, raideur des membres, hyperesthésie, signe de Kernig des plus nets, délire, convulsions.

Le 3 mars, coma, nuque raide, attitude en pleurostothonos, pupilles dilatées, température à 40°, pouls accéléré, irrégulier; respiration inégale, vomissements et constipation.

A quatre heures de l'aprés-midi, ponction lombaire. On retire 12 centimétres cubes d'un liquide épais, verdâtre, purulent, contenant une albumine spéciale et pas de glucose.

Le 4 mars, nouvelle ponction à onze heures, aprés injection sous-cutanée préalable d'une solution d'iodure de potassium. L'iode est retrouvée dans la salive et dans les urines, mais non dans le liquide céphalo-rachidien.

Le malade est emporté par sa famille le soir et meurt le 5.

L'examen bactériologique du pus retiré par la ponction lombaire, fait dans le laboratoire et sous la direction de M. le professeur Ferré, nous a révélé la présence d'un bacille abondant, trés pléomorphe, ne prenant pas le Gram, se colorant énergiquement par les couleurs d'aniline, donnant au bouillon, qu'il trouble, un caractère irisé spécial, poussant sur gélose en colonies blanches et humides, bacille extrêmement mobile, ne faisant pas fermenter le bouillon lactosé carbonaté, ne coagulant pas le lait, ne produisant pas d'indol dans l'eau peptonée pancréatique, cultivant à

peine sur pomme de terre, présentant enfin le phénomène de l'agglutination avec du sérum de typhique, de la façon la plus manifeste.

Bref, nous étions bien en présence du bacille d'Eberth ; par conséquent, la méningite cérébro-spinale considérée était due à l'agent typhique.

Amené ainsi à étudier les complications méningées de la fièvre typhoïde, nous les avons divisées en trois groupes :

1° Celui où il y a simplement *méningisme*, ce qui arrive ici dans la grande majorité des cas.

2° Celui où il y a véritablement action microbienne, mais où l'on rencontre d'autres bactéries à côté du bacille d'Eberth (groupe d'association).

3° Celui où l'action méningée est due à la présence du bacille d'Eberth seul. Mais dans la plupart des observations qui entrent dans ce groupe, l'examen a été fait *post mortem* et a presque toujours porté sur les méninges encéphaliques.

Par contre, les cas où le bacille a été rencontré sur le vivant, dans le liquide provenant de la ponction lombaire, sont tout à fait exceptionnels, puisque nous n'en connaissons que deux : celui de Degès, Guinon et Tollemer et le nôtre.

Conclusions de notre mémoire :

1° Si, en général, les troubles méningés de la fièvre typhoïde sont fréquents, la forme cérébro-spinale typhique, en particulier, est tout à fait exceptionnelle.

2° Il est non moins rare que l'unique examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué sur le vivant, permette de rencontrer l'agent éberthien.

3° Il est assez rare, enfin, que cet agent soit trouvé *rigoureusement seul*, surtout quand le liquide est aussi purulent que dans notre cas.

38. **Valeur de la perméabilité méningée dans les méningites** (Réunion biologique de Bordeaux, *in Mémoires de la Soc. biol. de Paris*, 1902, p. 1422-23).

Il résulte de nos recherches dans 8 cas (nous avons utilisé l'iodure de potassium) :

1° L'imperméabilité ne persiste pas nécessairement dans la méningite aiguë.

2° L'imperméabilité peut persister dans la méningite tuberculeuse.

Cette conclusion, contraire à l'opinion qui avait été défendue tout d'abord, confirme les recherches récentes de Guinon et Simon, celles de Sicard, revenu sur sa première idée, celle d'André Lévi.

— Dans trois nouveaux cas de méningite tuberculeuse examinés dans le service de M. le professeur Mouseous (de mars à juillet 1903), la perméabilité méningée à l'iode était également absente.

39. **La ponction lombaire dans quelques maladies de l'enfance. Considérations.**

Les nombreuses ponctions que nous avons pratiquées chez l'enfant depuis 1900 nous permettent de faire les remarques suivantes :

I. *Technique*. — 1° Chez l'enfant, on peut sans le moindre inconvénient faire la ponction au point d'élection, entre les quatrième et cinquième lombaires, le sujet étant placé dans la station assise. On veillera simplement à ce qu'il penche la tête en avant et fasse le « gros dos ». Jamais, dans ces conditions, nous n'avons constaté d'accident.

2° Il arrive assez fréquemment que l'aiguille étant enfoncée dans les meilleures conditions — même avec le procédé du mandrin — le liquide ne s'écoule pas. On attend quelques secondes, puis, comme aucune goutte ne tombe, on retire l'aiguille, pensant

avoir fait fausse route. En réalité, la ponction n'est pas, dans ces cas, toujours blanche, car si l'on patiente pendant une minute à une minute et demie, on voit souvent le liquide perler goutte à goutte, puis le jet devenir de plus en plus fort. Nous avons remarqué que ce retard dans l'écoulement avait lieu surtout chez les enfants qui criaient beaucoup. Il suffit, en tout cas, que leur respiration se régularise, qu'ils exécutent de longues inspirations et expirations pour que le liquide s'écoule rapidement presque aussitôt.

II. *Effets mécaniques de la ponction.* — 1° Sur une centaine de ponctions que nous avons pratiquées, nous avons généralement constaté : soit un *statu quo* dans l'état du malade ponctionné, soit plus fréquemment (surtout dans les méningites aiguës non tuberculeuses), une sédation marquée des phénomènes généraux.

2° Trois fois seulement, nous avons eu : de la céphalalgie, des nausées, quelques vomissements, phénomènes, d'ailleurs, qui ont disparu au bout de trois à quatre jours.

Ce qui nous a le plus frappé dans ces légers accidents, c'est qu'ils n'ont commencé à se manifester que cinq à six heures après la ponction. Une seule fois la céphalée débuta deux heures après : mais il s'agissait d'une enfant atteinte de syndrome de Little, que sa mère emmena la ponction à peine terminée.

III. *Examen du liquide céphalo-rachidien.* — 1° Nous avons fait connaître ailleurs nos résultats sur la valeur de la *perméabilité méningée* dans les méningites. Dans toutes les affections autres que les méningites, cette recherche a toujours été négative.

2° Au point de vue *cytologique,* dans quatre cas de méningite tuberculeuse basilaire, la lymphocytose était manifeste. Dans un cinquième, où il s'agissait de granulie avec méningite de la convexité, les polynucléaires, nombreux, étaient en quantité sensiblement égale aux lymphocytes.

Dans trois cas de méningite cérébro-spinale — dont un à liquide très purulent — les polynucléaires étaient en grande abondance.

— Le liquide céphalo-rachidien était normal dans quatre cas d'idiotie et quatre cas de syndrome de Little. Dans un cinquième cas de syndrome de Little, avec athétose, on notait une lymphocytose accentuée à la première ponction, qui, quelques mois plus tard, se montrait très atténuée, lors d'une nouvelle ponction.

— L'examen cytologique fait également dans une chorée, dans deux cas de myopathie primitive pseudo-hypertrophique, dans une hémiplégie infantile avec crises comitiales, dans un cas d'hérédo-syphilis à forme de Friedreich, a été nul.

3° Au point de vue *microbien*, la présence de microbes dans le liquide céphalo-rachidien retiré, sur le vivant, par ponction lombaire, a constitué pour nous une rareté.

Certains auteurs prétendent que dans la méningite tuberculeuse on trouve toujours le bacille de Koch : pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontré.

Une seule fois nous avons pu déceler avec notre ami le Dr Buard le bacille d'Eberth : voir § 37.

········

40. Résultats de la ponction lombaire dans deux cas de zona infantile.

Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de huit ans, dont nous avons rapporté l'histoire, qui, après son entrée à l'hôpital avec des phénomènes méningés, présenta tous les signes d'un zona intercostal gauche, siégeant sur une hauteur allant de la troisième à la cinquième côte.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montra une abondante lymphocytose.

Dans le deuxième cas, où il s'agit d'une fillette de six ans, absolument bien portante jusque-là, l'éruption zostérienne était nettement limitée au niveau du troisième intercostal droit, surtout en avant. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne permit de déceler aucun élément cellulaire.

Il est intéressant d'opposer ces deux zonas, l'un étant proba-

blement d'origine médullaire, l'autre vraisemblablement d'origine périphérique.

41. **Coup de revolver de la région temporale droite; hématome de l'orbite; exophtalmie; paralysie du releveur de la paupière et du droit interne; balle au niveau de la région temporale gauche; extraction; guérison opératoire et fonctionnelle** (en collaboration avec M. de Boucaud; *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 26-29).

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, entré dans le service de M. le professeur Lanelongue, le 8 décembre 1899, après avoir tenté de se suicider en se tirant, à bout portant, un coup de revolver dans la région temporale droite.

Il est amené à l'hôpital dans un état de stupeur très accentué. Cependant il répond aux questions posées et ne se plaint que d'une douleur vague dans les régions orbitaire et temporale droites. Pouls ralenti : 45-48 pulsations à la minute. Respiration paresseuse. Pas de vomissements. Un peu de constipation.

La porte d'entrée de la balle se trouve exactement à 1 centimètre en arrière de l'apophyse orbitaire externe. La région de l'orbite forme une volumineuse saillie. Ptosis et ecchymose de la paupière supérieure, qui, relevée, montre une exophtalmie marquée et un chémosis énorme de l'œil droit.

Huit jours plus tard, le malade revient complètement à lui. L'exploration de l'œil indique une paralysie du releveur de la paupière supérieure, et du droit interne. On constate également un gonflement de la papille dans sa moitié interne (Ulry). De plus, l'olfaction est abolie à droite.

Le projectile avait donc, sans aucun doute possible, pénétré dans la boîte cranienne : mais où s'était-il arrêté?

Quelques jours plus tard, le malade accuse une douleur dans la région temporale gauche, et c'est la balle qui en est la cause, comme le démontre l'existence d'une tumeur à ce niveau et l'examen radioscopique. L'extraction fut faite par M. le professeur Lanelongue, et le malade guérit radicalement.

Rejetant l'hypothèse d'une lésion cérébrale, étant donné le retour complet *ad integrum* des fonctions visuelles et olfactives, nous concluons à une hémorragie, localisée au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne du côté droit, ayant amené des phénomènes de compression cérébrale et les accidents ecchymotiques et paralytiques signalés.

42. **Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans; hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète; neuf crises d'amaurose double absolue; perversion de la vision binoculaire; discussion** (*Arch. de neurologie*, septembre 1901. — Une brochure, 31 pages).

43. **Un cas de cécité hystérique** (en collaboration avec M. Aubaret *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1901, p. 96-101).

Une question qui a été le sujet de nombreuses controverses est celle de l'amaurose hystérique unilatérale.

Soit un sujet hystérique aveugle de l'œil gauche, par exemple. Cette cécité présente ce caractère tout à fait remarquable d'exister seulement quand l'œil sain ou droit est fermé. Dès que cet œil sain est ouvert, l'œil amaurotique ou gauche récupère immédiatement sa fonction, et la vision binoculaire existe.

Voilà le fait. Ayant eu l'occasion d'étudier longuement une jeune hystérique de douze ans dans le service de notre maître M. le professeur Moussous, fillette qui était entrée à l'hôpital des enfants pour une cécité double complète, transformée ultérieurement en cécité unilatérale, nous avons recherché minutieusement la série des phénomènes en question, puis essayé de les interpréter.

Or, ce qui nous frappa tout de suite, c'est que notre malade se comportait contrairement à la règle ordinaire. Aveugle de l'œil gauche, en effet, cette cécité existait seulement quand les deux

yeux étaient ouverts, pour disparaître dès que le bon œil ou droit était fermé.

Des expériences nombreuses et réitérées nous ont amené alors à admettre la série des phénomènes suivants :

Premier stade. — Cécité ou amaurose *complète* avec abolition de la vision binoculaire. Bien que rares, ces faits existent : Booth, Ginestous, Parinaud, le nôtre.

Deuxième stade. — La cécité est *incomplète :* c'est le stade amblyopie faisant suite au stade amaurose, avec conservation intermittente et généralement *pervertie* de la vision binoculaire.

Cet état, de beaucoup le plus observé, correspond aux cas de presque tous les auteurs.

L'hystérique amblyope vrai, dans le cours de sa vie quotidienne, ne prend conscience que des impressions reçues par le bon œil. Mais qu'une émotion, l'attention, un danger, une cause quelconque enfin viennent secouer l'individu et agir sur lui par suggestion (et nous croyons que les épreuves du prisme, de la boîte de Flees, du stréréoscope, etc., agissent de cette façon), il peut récupérer tout ou partie de sa vision, suivant l'intensité de cette cause et son état de suggestibilité.

Les modifications visuelles du deuxième stade peuvent être ramenées aux cinq états suivants :

a) La vision *monoculaire* exclusivement par le bon œil est la règle ;

b) A certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire par le bon œil devient monoculaire par l'œil amblyope, elle est dite *alternante ;*

c) A certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire semble devenir binoculaire, mais cette vision n'est binoculaire qu'en apparence : elle est en réalité *simultanée,* et le fusionnement des images ne se fait pas ;

d) A certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire devient binoculaire, puisqu'il y a fusionnement des images ; mais si on étudie de plus près ce fusionnement, on voit qu'il existe pour certaines images et pas pour d'autres : on dit alors que la vision binoculaire est *dissociée* (Antonelli) ;

e) Enfin, à certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire devient *réellement binoculaire*, avec fusionnement complet de toutes les images; mais, nous le répétons, le caractère particulier de cette vision est qu'elle est essentiellement temporaire et ne dépasse pas le moment de l'expérience.

Troisième stade. — Un pas de plus, et la vision binoculaire, d'intermittente et passagère, devient constante; nous arrivons au troisième stade, qui correspond à l'état normal de la vision : c'est le stade de guérison.

Telle est la succession des phénomènes, tous appuyés sur la clinique expérimentale que nous avons été amené à proposer pour expliquer cette curieuse question de l'amblyopie hystérique.

— Notre observation est encore intéressante à d'autres points de vue:

1° Notre malade, à partir de la huitième crise de cécité, ne reconnaît plus que le *rouge*, ce qui est un des caractères de la dyschromatopsie hystérique. Mais cette prédilection pour le rouge est ici tellement nette, qu'à la fin de chaque crise la première perception du sujet est toujours celle d'un objet *rouge :* étiquette rouge, coussin rouge, dos rouge d'un livre, pantoufles rouges, mouchoir à carreaux rouges, etc.

2° Nous insistons également dans ce mémoire sur la rareté de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle complète dans l'hystérie, constatée chez notre fillette, et nous signalons les principales observations, publiées jusqu'à ce jour, de surdité unilatérale et de cécité bilatérale hystériques, qui sont exceptionnelles.

Notre ami le Dr Kernéis a d'ailleurs repris, sur notre conseil, dans sa thèse inaugurale, toute cette question de la cécité hystérique bilatérale.

3° Enfin, nous avons fait remarquer que, dans notre cas, l'hystérie semblait avoir apparu à l'occasion des premières règles, et que les crises de cécité survenaient ensuite chaque mois, presque toujours entre le 15 et le 25.

44. **Tumeur caséeuse du lobe gauche du cervelet; amaurose par atrophie papillaire et persistance des réflexes lumineux; paralysie faciale. Pied bot varus équin. Considérations sur la ponction lombaire et la perméabilité méningée** (Communication faite avec présentation des pièces à la Soc. de Gynécologie, d'obstétrique et pédiatrie de Bordeaux, séance du 28 juillet 1903).

Il s'agit d'un garçon de neuf ans, entré le 18 septembre 1902 dans le service de M. le professeur Moussous pour amaurose double, avec tous les signes d'une tumeur encéphalique, probablement située dans le cervelet.

Il mourut le 28 mai 1903, et l'autopsie permit de constater la présence d'une volumineuse masse caséeuse occupant tout le lobe gauche du cervelet.

Les particularités de cette observation peuvent être ramenées sous quatre chefs principaux :

1° *Considérations sur les réactions des pupilles dans l'amaurose par atrophie papillaire.* — En dehors du phénomène de l'*hippus* — qui est un fait rare — notre attention s'est plus spécialement portée sur l'état des réflexes lumineux. Leur recherche, effectuée à de nombreuses reprises, à la lumière du jour, avait permis d'affirmer qu'il n'y avait point, à droite comme à gauche, de réaction pupillaire, les pupilles demeurant en mydriase. L'examen fait à la lueur d'un bec de gaz, source lumineuse ordinaire de l'ophtalmoscope, par M. le professeur Lagrange, avait confirmé cette observation, en même temps que l'examen du fond de l'œil avait démontré l'existence d'une atrophie complète des papilles.

Mais ayant eu l'idée de rechercher les mêmes réflexes avec une source lumineuse plus intense (lampe Edison), nous avons eu la surprise de constater leur existence. Nous avons pu rendre notre première expérience plus concluante encore en interposant des verres colorés entre l'œil du sujet et la source lumineuse : nous avons ainsi obtenu toute une gamme de contractions pupillaires, les pupilles réagissant de plus en plus à mesure qu'on passait

successivement de la lumière verte, violette, jaune,... à la lumière blanche (*fig. 3*).

Réactions pupillaires.

	ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Lumière blanche jour, demi-jour, allumette, bougie, bec de gaz		
Lumière blanche : lampe Edison...		
— rouge — ...		
— bleue — ..		
— jaune — ..		
— violette — ..		
— verte — ...		

Fig. 3

Ces faits montrent que le réflexe lumineux, même dans l'amaurose par atrophie papillaire, peut être en fonction directe de l'intensité de la source éclairante, la lumière blanche provoquant la réaction la plus vive et la lumière verte la réaction la plus faible.

2° *Considérations sur la ponction lombaire et la perméabilité méningée.*

A. — Au point de vue pratique, la ponction lombaire, contrairement à la règle, paraît avoir amené chez notre malade une recrudescence des symptômes cérébraux.

B. — Au point de vue du diagnostic étiologique, l'examen du liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs de l'encéphale a donné des résultats contradictoires.

a) Tantôt le cyto-diagnostic se montre négatif, Babinsky et Nageotte, Sicard, Méry et Babouneix; tantôt on trouve une lymphocytose modérée, Achard et Laubry, ou discrète, Laiguel-Lavastine, Lereboullet.

Peut-on dire que la présence de lymphocytose indique une irritation d'ordre tuberculeux ? Non, puisque dans le cas d'Achard et Laubry, il s'agissait d'un endothéliome, et dans celui de Lereboullet, d'un sarcome ; que, d'ailleurs, dans une observation de tubercule du cervelet, on a noté de la polynucléose, Silvestrini.

La leucocytose, d'une manière générale, trahit l'irritation méningée. Si la tumeur, caséeuse ou non, est profonde, le liquide céphalo-rachidien demeure normal ; si la tumeur, au contraire, n'est pas seulement centrale, mais irrite directement la surface méningée, il y a réaction leucocytaire : et cette réaction est lymphocytaire si le processus est chronique, elle est polynucléaire si le processus est aigu ou si la lésion, quoique ancienne, a subi une poussée aiguë.

Ces considérations nous expliquent pourquoi, dans notre observation, nous avons constaté de la lymphocytose. Il s'agit ici, simplement, d'un tubercule volumineux du cervelet ayant irrité les méninges par voisinage, comme dans un autre cas de Nolécourt et Voisin et comme dans celui de Simon.

b) La perméabilité à l'iode n'a pas existé chez notre malade. La recherche du mercure dans le liquide céphalo-rachidien est demeurée également négative.

3° *Considérations sur les réflexes*. — Nous n'avons jamais noté le signe de Kernig, et les réflexes rotuliens, d'abord diminués, ont été ensuite complètement abolis. Or, le plus souvent, dans les cas de ce genre, le signe de Kernig est net (Nobécourt et Voisin, Simon) et les réflexes rotuliens sont plutôt vifs (Nobécourt et Voisin, Raymond).

Mais ce qui nous paraît le plus intéressant à signaler ici, ce sont, coïncidant avec cette abolition des réflexes rotuliens, les modifications du phénomène des orteils à droite. Sans doute, Babinski a depuis longtemps signalé ce fait, que l'excitation de la plante du pied peut provoquer en même temps la flexion des quatre derniers orteils et l'extension du gros orteil. Mais ici, le phénomène était d'une netteté véritablement schématique ; et il suffisait même d'une simple excitation, portée sur une partie du

membre inférieur droit autre que la plante, pour provoquer le phénomène avec une brusquerie frappante.

4° Enfin nous signalerons la déformation du pied droit en *pied bot varus équin* (*fig. 4*) qui, à notre connaissance, n'avait jamais



Fig. 4
Le gros orteil est en extension et les autres orteils en flexion.

été rencontrée jusqu'ici, et la *paralysie faciale droite*, intéressante à mentionner, à cause du peu de fréquence de la paralysie faciale (surtout opposée au côté de la lésion et coexistant avec une hémiparésie des membres) dans les affections du cervelet.

••••••••

45. **Note sur la recherche du réflexe lumineux** (Société de neurologie, séance du 3 décembre 1903).

En rapportant le fait d'amaurose double déjà mentionné (p. 51), où les réflexes lumineux, complètement abolis à la lumière du jour, à celle d'une bougie et d'un bec de gaz, existaient en pré-

sence de l'intensité lumineuse plus grande d'une lampe Edison, nous concluons qu'il serait utile, pour mesurer le degré des réflexes lumineux, d'établir une échelle des intensités lumineuses.

On sait, en effet, toute l'importance que l'on peut tirer de la présence ou de l'absence du réflexe lumineux, pour la localisation corticale ou non corticale, de certaines amauroses.

46. **Compression bulbaire par mal vertébral méconnu; tuberculose de l'occipital** (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1900, p. 300-302).

Il s'agit d'un homme qui était tombé brusquement, un matin, dans la rue, et qui fut transporté aussitôt dans le service de M. le professeur agrégé Rondot, avec des signes de commotion cérébrale.

Il mourut dans l'après-midi, et, à l'autopsie, on trouva un foyer purulent à la base du crâne, intéressant une partie de l'occipital ainsi que les os et articulations de l'atlas et de l'axis (apophyse odontoïde surtout).

Cette observation montre :

1° Que le mal vertébral sous-occipital peut être quelquefois méconnu;

2° Que l'occipital peut être parfois attaqué par la tuberculose. Cette localisation primitive est exceptionnelle (cas d'Israël); mais il n'est pas fréquent que la lésion, même secondaire, atteigne les proportions notées chez notre sujet.

47. **Sur la maladie de Little** (*Gaz. des hôp. de Paris*, 4 juin 1903).

Dans cette conférence, faite le 28 mars 1903, à la clinique de notre maître M. le professeur Moussous, nous nous sommes

efforcé d'indiquer aux élèves de la clinique ce qu'était la maladie de Little.

Si l'on s'en rapporte à la description de Little lui-même, on peut considérer deux formes de cette paraplégie spasmodique : une qui est susceptible de s'améliorer, et l'autre non. En présentant deux petits malades du service, qui répondaient chacun à l'une de ces deux formes, nous montrions que ces deux types cliniques existaient bien en fait.

Maintenant, comment expliquer cette maladie de Little, qui, pour M. le professeur Raymond et aussi pour notre maître M. le professeur Moussous, constitue plus exactement un syndrome, le syndrome de Little ?

Nous passions en revue les théories proposées et arrivions à conclure, avec le professeur Raymond et notre ami Cestan, que l'agénésie du faisceau pyramidal n'était pas suffisante pour créer la spasmodicité, et qu'il n'y avait pas de rapport bien net entre la sclérose pyramidale et la spasmodicité en question.

....

48. **L'extrait glycériné de thymus dans la myopathie primitive pseudo-hypertrophique** (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1901, p. 64-67).

....

49. **L'opothérapie thymique dans la myopathie pseudo-hypertrophique** (Communication faite au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Nantes, séance du 27 septembre 1901. — *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 6 octobre 1901).

Nous avons expérimenté cette méthode thérapeutique dans le service de M. le professeur Moussous, sur cinq myopathiques de six, huit, dix, onze et douze ans.

Nous avons choisi la voie digestive comme surface d'absorption, et avons fait ingérer le médicament sous forme d'extrait glycériné de thymus de veau. Les malades arrivaient à prendre jusqu'à

100 grammes d'extrait glycériné dans les vingt-quatre heures, ce qui correspondait à 20 grammes de glande fraîche.

Ce traitement, suivi pendant un temps variant de trois à huit mois consécutifs, ne nous a donné aucun résultat net.

Ce laps de temps nous paraît cependant avoir été assez long pour permettre d'enregistrer sinon la guérison, du moins une amélioration notable ; il nous semble, de plus, que les doses ingérées ont été suffisantes ; sans doute, on sait que Stoppato dans l'athrepsie et le rachitisme, a pu donner avec succès chez de jeunes enfants de un à deux ans jusqu'à 30 et 40 grammes par jour de thymus de veau frais; or, nos petits malades n'ont jamais absorbé plus d'un poids équivalent à 20 grammes de glande fraîche dans les vingt-quatre heures.

Mais d'autres auteurs ont eu des résultats appréciables dans le goitre exophtalmique, le myxœdème, la chlorose, etc., en utilisant des doses inférieures aux nôtres : en particulier, Blondel donna, avec succès chez trois jeunes filles de quatorze à quinze ans, chlorotiques, du thymus de veau cru à raison de 10 grammes environ par jour.

Il faut donc conclure, à l'encontre de Macalister (qui avait noté une amélioration), que le traitement thymique n'a guère d'effet sur la myopathie pseudo-hypertrophique.

50. **Sur un cas de dissociation du « phénomène des orteils »** (Réunions biologiques de Bordeaux, *in Mém Soc. biol. Paris*, 1903, p. 718-719).

Malade chez lequel le plus léger chatouillement de la voûte plantaire droite, ou le simple tapotement de la région antéro-interne du membre inférieur droit, provoque *en même temps* l'*extension* brusque du gros orteil et la *flexion*, également brusque, des quatre autres orteils (*voir fig. 4*).

51. L'état normal des réflexes plantaires chez l'enfant

Dans les premiers mois de la vie, les réflexes sont difficiles à rechercher. Les réflexes plantaires, en particulier, ne se présentent pas avec cette netteté qu'on rencontre chez l'adulte, où l'on peut les diviser en planti-digital, planti-tibial, planti-crural.

Le planti-digital principalement est des plus variables. Quand on chatouille le talon antérieur, les orteils, et surtout le gros orteil, se mettent tantôt en extension et tantôt en flexion, chez le même sujet, à quelques secondes souvent d'intervalle.

D'après nos recherches, nous ne croyons pas que, chez le nouveau-né, les orteils réagissent en extension nécessairement, comme l'ont prétendu certains auteurs, car, fréquemment, nous avons noté leur flexion.

****

52. Recherches sur la sensibilité cutanée en rapport avec les organes génitaux internes de la femme au moment de la puberté (en collaboration avec M. Duballen, *in* F. Duballen : *Des troubles de la sensibilité cutanée en rapport avec les maladies des organes génitaux internes de la femme*, thèse de Bordeaux, 1900-1901, p. 27-28).

Au moment où après la puberté, mais en dehors de toute affection génitale, tous les sujets examinés avaient normalement une exagération de la sensibilité cutanée abdominale, commençant à hauteur de l'ombilic, descendant jusqu'au mont de Vénus et aux plis inguinaux, et s'étendant latéralement jusqu'à une ligne verticale tirée de l'aisselle à l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau de la partie antéro-interne des cuisses et celle des mollets présentaient une sensibilité analogue.

Au contraire, avant la puberté, comme dès le tout jeune âge, il ne semble pas exister d'hyperesthésie de ces régions.

V. — MALADIES GÉNÉRALES.

---

53. **Relation d'une épidémie ressemblant cliniquement au béribéri hydropique** (*Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, février 1900. — Une brochure, 31 pages, in-8°).

Il s'agit d'une épidémie survenue à bord d'un trois-mâts morutier *la Mathilde*, et ayant frappé sept hommes de l'équipage dont un mourut en cours de route et dont les autres furent transportés, dès leur arrivée à Bordeaux, dans le service de M. le professeur agrégé Rondot. Un d'eux succomba à son tour trois jours après, les autres guérirent.

Après avoir donné une description des symptômes présentés par ces malades, nous discutons le diagnostic.

Après avoir éliminé le scorbut, les diverses intoxications alimentaires, soit par la morue, soit par les viandes de conserve ou les végétaux (riz), ainsi que les maladies s'accompagnant d'œdème, d'asthénie, notre maître le professeur Rondot porta le diagnostic de béribéri à forme hydropique.

Quelle a été l'étiologie de cette épidémie? Il est certain que les causes prédisposantes n'ont pas manqué. Les malades, vivant sur un bateau vieux, chargé de matières pouvant fermenter et se putréfier, bateau qui peut être avantageusement comparé à un sol malsain, se sont trouvés dans de bonnes conditions pour contracter la contagion béribérique dont le germe spécifique est encore à trouver.

Après avoir rapporté la relation de cette épidémie, nous mettons au point la question du bériberi, dont nous envisageons successivement les formes, la pathogénie et la bactériologie.

****

54. **Tétanos avec fièvre légère traité par des injections isotoniques de chloral par la voie sous-cutanée et le sérum antitétanique; mort rapide; inoculations négatives sur le cobaye** (En collaboration avec M. Hobbs; *Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1900, p. 184-190).

Malade âgé de dix-neuf ans, serrurier, entré le 11 avril 1900 dans le service de M. le professeur agrégé Rondot avec des signes de tétanos. Mort le lendemain.

Voici les conclusions de cette communication :

1° Il est souvent difficile de trouver le point par où se fait la pénétration du bacille tétanique.

2° Le tétanos peut évoluer presque sans fièvre; cas à rapprocher de ceux de Monti qui, sur dix-huit observations, en note trois (dont une mortelle) avec température normale; à rapprocher encore de celui d'Arnoult, où le thermomètre, malgré frissons et opisthotonos, ne monta à 38° que le premier jour.

3° Il est prouvé une fois de plus que les injections de sérum antitétanique, après le début des accidents, n'ont aucun effet sur la marche de l'affection.

4° Les inoculations à des cobayes de sang, moelle, bulbe et cerveau provenant d'un tétanique peuvent ne donner aucun résultat.

5° Enfin, plus spécialement, les injections isotoniques de chloral (5 grammes pour 250 centimètres cubes d'eau distillée) ont été rapidement absorbées, n'ont provoqué aucun trouble local et ont entraîné presque instantanément la sédation des phénomènes aigus

Cette méthode, par la voie sous-cutanée, qui a donné des succès dans les mains de Lauri (1874), de Salter, Ribell, Bouchardat,

Purefoy, a été délaissée depuis. On se servait alors, en effet, de solutions concentrées qui ont déterminé des abcès gangreneux (Burney), des eschares, et même des phlegmons diffus (Cruveilhier).

Presque tous les auteurs condamnent aujourd'hui ce procédé; nous pensons, au contraire, qu'il y a tout avantage à l'utiliser, en le modifiant dans le sens que nous venons de signaler.

55. **Rhumatisme noueux localisé aux deux médius chez une fillette de douze ans** (*Rev. mens. de gynécologie, obstétrique et pædiatrie*, janvier 1903, p. 23-28).

Autant la forme chronique déformante du rhumatisme est fréquente chez le vieillard, autant elle est rare chez l'enfant. Jusqu'en 1863, époque à laquelle Cornil rapporta un cas de rhumatisme noueux infantile, il semble que cette affection ait passé inaperçue dans le jeune âge. Depuis, une soixantaine de cas ont été relatés (Gastinel).

Dans notre observation, la malade, depuis l'âge de huit ans, avait ressenti quelques douleurs articulaires, mais essentiellement fugaces et légères; ne survenant que de temps à autre, elles n'avaient gêné aucun mouvement ni obligé à un repos forcé, même de courte durée.

Mais depuis six mois, les médius ont grossi d'une façon toujours progressive, sans accès de fièvre ni crise douloureuse à aucun moment. Et ce gonflement, comme l'indique la figure 5, est aujourd'hui (9 décembre 1902) considérable : aspect fusiforme, phalangine fléchie sur phalange, mouvements de flexion et surtout d'extension très limités. Tendance de la déformation à gagner les auriculaires déjà un peu fléchis.

Deux points principaux sont à retenir de cette observation :

1° La succession du rhumatisme noueux chez l'enfant (caractère que nous retrouvons ici) à une polyarthrite aiguë ou subaiguë, alors que chez l'adulte il est généralement primitif.

2° Cette localisation symétrique aux deux médius avec tendance

à gagner, symétriquement aussi, les auriculaires. La symétrie — nous le savons — n'est pas particulière à l'enfance : c'est un des caractères pour ainsi dire spécifiques du rhumatisme chronique en général; c'est elle qui a permis à Skoda et Risenmann de défendre l'origine nerveuse de la polyarthrite chronique défor-



Fig. 5

mante, à l'encontre de Charcot, pour qui l'arthropathie était « le fait primitif ».

Le débat reste ouvert aujourd'hui : les deux opinions trouvent encore des partisans. F. Amelin écrit que « la théorie des névrites périphériques est la plus probable »; et nous lisons dans Pitres et Vaillard : « Par sa marche, ses allures cliniques, ses lésions anatomiques, cette maladie ne rappelle-t-elle pas certaines variétés de troubles trophiques d'origine nerveuse ? » D'autre part, Barjon, dans un travail des plus consciencieux, conclut que « les accidents articulaires sont toujours primitifs dans tous les cas ».

Ici, chez notre fillette, il ne nous semble pas que les neurones périphériques puissent être primitivement mis en cause dans l'une quelconque de leurs parties, corps cellulaire ou cylindre-axe. La localisation est trop nettement et seulement articulaire pour qu'on puisse discuter longuement sur le mode pathogénique. Il s'agit bien d'une polyarthrite rhumatismale subaiguë, remontant à environ quatre ans, qui est devenue chronique sur les médius depuis quelques mois, et s'est accompagnée, au niveau de ces doigts, d'une déformation des articulations phalango-phalanginiennes. Le peu de troubles de sensibilité subjective, leur localisation dans l'interligne articulaire, l'absence de modifications dans la sensibilité objective, l'état de réflectivité et de la motilité, le manque de troubles trophiques, en dehors de l'articulation elle-même, ne peuvent, semble-t-il, laisser aucun doute sur ce point.

D'ailleurs, la radiographie nous montre que, au niveau des médius, les extrémités osseuses en rapport avec les articulations phalango-phalanginiennes ont perdu, surtout à droite, une partie de leur striation ; elles sont un peu gonflées, ont un aspect « gras flou, empâté » (Barjon); les surfaces articulaires sont rapprochées, l'interligne qui les sépare à peine visible et les points épiphysaires englobés dans le processus inflammatoire. Or, des modifications radiographiques analogues ont été observées par Barjon chez des rhumatisants plus âgés.

••••••••

56. **Sur un cas d'érythème noueux consécutif à une angine à staphylocoques** (en collaboration avec M. le professeur agrégé Andérodias).

Le 8 mars 1903, une fillette de trois ans, parfaitement bien portante jusque-là, se trouve abattue, a de la fièvre et avale avec une certaine difficulté.

Le pouls est à 120, la température à 39°5. Régions parotidiennes et sous-maxillaires douloureuses. Langue un peu sale;

au niveau des amygdales et des piliers, à droite et à gauche, plaques blanches assez adhérentes, disséminées; adénopathie légère. Les autres organes sont normaux.

Ensemencement et injection immédiate de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Diète lactée.

L'examen bactériologique, fait dans le laboratoire de M. le professeur Ferré, indique : staphylocoques et microcoques.

Les jours suivants, amélioration : la fièvre diminue, les plaques se détachent peu à peu, et, le 12, l'angine a presque disparu. Le 14, cessation de l'adénite et de tous les symptômes douloureux. Reprise de l'alimentation ordinaire. Les urines, examinées régulièrement, n'ont rien présenté d'anormal.

Le 17, l'enfant est prise de douleurs dans les membres inférieurs, mal de tête, insomnie, pâleur marquée du visage. Température à 38°. Le 18, on constate à la face antérieure des jambes, le long des crêtes tibiales, une éruption sous forme de taches rouge foncé, faisant relief sur la peau; quelques taches au niveau des cous-de-pied et des articulations du genou. Rien ailleurs. Cœur normal.

Les jours suivants, l'érythème noueux disparaît peu à peu, la température s'abaisse, les symptômes généraux diminuent. Il ne reste bientôt que des ecchymoses multiples, qui font croire que l'enfant a reçu des coups. Desquamation furfuracée. Guérison.

Cette observation est intéressante, car elle montre nettement, dans le cas particulier, que l'érythème noueux peut être consécutif à une angine aiguë.

VI. — DIVERS.

57. Influence des altitudes moyennes sur l'appareil auditif.

Pendant notre séjour au poste d'hiver de Plan-Caval (Alpes-Maritimes), situé à une altitude de 2,000 mètres, où, faisant fonction de médecin auxiliaire, nous avons assuré le service médical de novembre 1897 à juillet 1898, nous avons observé, chez tous les hommes du détachement, certaines particularités portant sur l'appareil auditif.

Ces manifestations sont de trois ordres :

1° *Hyperacousie* d'intensité moyenne, caractérisée par ce fait que tous les sons ou bruits, quels qu'ils soient, retentissent à l'oreille plus fortement qu'à l'état habituel;

2° *Bourdonnements* avec leurs variétés : sifflement, roulement, bruit strident, cloche, battement pulsatile. Leur constatation est moins fréquente cependant que l'hyperacousie;

3° *Hypoacousie,* ou sensation désagréable prenant naissance spontanément et se traduisant par un phénomène de moindre auditivité. Elle fait souvent suite aux signes précédents et termine la trilogie. Il semble, dans ces cas, que l'oreille se bouche brusquement pour se déboucher tout d'un coup, au bout de quelques minutes.

Ces divers phénomènes disparaissaient dès que les hommes quittaient le poste pour descendre à une moindre altitude.

Il s'agit vraisemblablement de phénomènes dus à une diminu-

tion de la pression atmosphérique. Mais si on a étudié à des petites et moyennes altitudes, variant de 500 à 2,500 mètres, lés modifications physiologiques des appareils pulmonaire et circulatoire, il n'en est pas de même de celles de l'audition.

Elles existent cependant : il suffit, pour les trouver, de songer à les rechercher.

58. **Epithélioma osseux secondaire à un trajet d'ostéomyélite ancienne** (*Bul. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1899, p. 13-18).

Présentation d'un tibia, enlevé par M. le professeur Lanelongue à un des malades de son service. Cet os a subi en partie la dégénérescence épithéliomateuse, greffée sur un vieux foyer fistuleux d'ostéomyélite.

Conclusions de ce travail :

1° Nous nous trouvons en présence d'un épithélioma osseux, variété *ouverte*, selon la classification de Poncet.

2° C'est le tibia qui est l'os de prédilection de cette affection, vingt-six sur trente-neuf cas (thése de Devars).

3° Comme l'ont démontré Auché, Poncet et Devars, le néoplasme est toujours une production secondaire, ordinairement consécutive à un foyer fistuleux d'origine ostéomyélitique.

59. **Sur une anomalie du grand pectoral** (*Bull. Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 1895, p. 188-189).

En disséquant un bras sur un sujet mâle, nous avons rencontré une anomalie qui n'avait jamais été signalée par aucun auteur. Elle consiste en la présence, au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, d'un faisceau musculaire distinct de ce dernier muscle et qui s'insère, après avoir passé en arrière du grand pectoral, à la lèvre antérieure de la coulisse bicipitale, par l'intermédiaire d'un fort tendon.

C'est donc la présence de ce tendon qui rend notre présentation intéressante et la fait différer des cas dans lesquels existe le muscle surnuméraire décrit par Wood sous le nom de *chondro-epitrochlearis.*

60. **Observation IV** *in* **Étude sur les paraphasies** de M. le professeur PITRES (*Rev. de méd.*, 1899, p. 442-444).

COLLABORATION A DES THÈSES

61. **Considérations sur quelques cas de pseudo-tétanos,** par F. BRUNET (Thèse de Bordeaux, 1901).

62. **Des troubles de la sensibilité cutanée en rapport avec les maladies des organes génitaux internes de la femme,** par F. DUBALLEN (Thèse de Bordeaux, 1901).

63. **De la laxité des ligaments articulaires de la main,** par Henri ALLARD (Thèse de Bordeaux, 1901).

64. **Étude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale et bilatérale,** par J. KERNÈIS (Thèse de Bordeaux, 1902).

65. **L'anencéphale et ses réactions vitales (sensitivo-motrices en particulier),** par DE FLEURIAN (Thèse de Bordeaux, 1903).

66. **Diagnostic et appréciation cliniques des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires et pleurales de l'enfance,** par P. POUILLOT (Thèse de Bordeaux, 1903).

67. **Le stridor laryngé,** quatre observations personnelles, *in* thèse de Paris, par BOULARD (en préparation).

VII. — RAPPORTS.

68. Rapport sur l'état sanitaire du détachement de Plan-Caval (2,000 mètres).

Ce poste d'hiver des Alpes-Maritimes, placé dans le secteur du 6e bataillon de chasseurs alpins, situé exactement à 1,933 mètres, constitue un bon poste d'observation pour y rechercher les effets des climats de moyenne altitude.

Une grande partie de ce long rapport, rédigé pendant notre séjour à Plan-Caval comme médecin auxiliaire du poste en 1897-1898, est consacrée à cette étude. Mais les seules particularités intéressantes que nous tenions à mentionner, sont celles relatives à l'appareil auditif (voir p. 64).

****

69. La Médecine dans quelques Universités allemandes du Sud (rapport présenté à l'Université de Bordeaux en novembre 1900, *in Journal de Médecine de Bordeaux*, 1901. — Brochure in 8° de 49 pages).

****

70. La Médecine dans les Universités allemandes (IIe rapport présenté à l'Université de Bordeaux en novembre 1902 et honoré d'une bourse de l'Université, *in Journal de Médecine de Bordeaux*, 1902. — Brochure in-8° de 46 pages).

Après avoir visité successivement les Universités allemandes de Bonn, Strasbourg, Fribourg-en-Brisgau, Tubingen, Wurzbourg,

Heidelberg, Giessen, Marbourg, Göttingen, Iéna, Leipzig, Halle, Berlin, Breslau, Erlangen, Munich, c'est-à-dire seize sur vingt, après avoir suivi à l'une d'elles, pendant six semaines, tous les cours assidûment (Heidelberg), voici les conclusions auxquelles nous avons abouti.

D'une manière générale, — nous l'avons dit, et nous ne saurions trop le répéter, — l'organisation matérielle est très remarquable. Un fait qu'on ne saurait mettre assez en relief : c'est cette suite admirable dans les idées qui a permis que progressivement, sans à-coup et sans faiblesse, toutes les Universités — à part quelques exceptions — se soient complètement réorganisées depuis dix à vingt ans ; partout on ne voit que cliniques récentes, édifices flambant neufs, instituts reconstruits, vastes et confortables, salles d'opérations nouvelles, laboratoires immenses et fraîchement bâtis, qui répondent aux idées les plus modernes.

Les résultats répondent à cet effort, Voici une anecdote. Lors de mon voyage de 1902, visitant une petite Université, je fus introduit dans le cabinet d'un professeur de clinique médicale qui jouit d'une certaine notoriété, surtout comme neurologiste : je le trouvai en train de corriger la quatorzième édition de son *Traité de pathologie interne*, ouvrage en 3 volumes, qui coûte plus de 40 marks. J'appris bientôt que chaque édition de ce manuel, tirée à 2,000 exemplaires, était épuisé tous les deux ou trois ans, sans compter les traductions : c'est ainsi que je pus voir les traductions de ce livre en anglais, italien, russe, grec, turc, voire en japonais !

Ce fait se passe de commentaires. Il est indéniable que la suprématie de la médecine s'est peu à peu déplacée au profit de l'Allemagne. Et cependant, si on passe au crible de la critique l'enseignement allemand, on voit qu'il est beaucoup en surface, qu'il s'adresse trop souvent à la galerie.

Ainsi : 1° cette formidable organisation matérielle qui, au premier coup d'œil, étonue, déconcerte et écrase par l'ampleur énorme de son développement, semble bien, à la réflexion, avoir un peu manqué le but. En face de ces immenses et multiples laboratoires, en présence de ce personnel imposant et travailleur,

où chacun a d'avance sa besogne tracée, au milieu de cet amoncellement de tubes, d'appareils et de cornues, d'animaux variés et de microorganismes innombrables qu'on cultive avec un soin ardent, il est permis de se demander si on n'a pas trop oublié le *malade en lui-même*.

Il semble que tous ces laboratoires gagneraient à être plus modestes : d'abord, parce qu'il y a beaucoup de place inutilement perdue; ensuite, parce qu'on y sent trop le malade assimilé à une véritable bête à expérience; enfin et surtout, il faut l'avouer, parce que toutes ces recherches laborieuses n'ont abouti, en somme, qu'à des résultats pratiques réellement insuffisants. Au reste, par une singulière ironie du sort, c'est dans les laboratoires les plus mal organisés que nous avons rencontré les hommes jouissant, et à juste titre, du renom le plus universel.

2° En ce qui concerne l'enseignement dogmatique proprement dit, et clinique en particulier, je me suis déjà expliqué sur son insuffisance. Et lors de mon dernier voyage, me trouvant un jour dans la clinique du professeur von Leyden à une leçon faite par son Oberassistant, je m'en remémorais tous les défauts. L'orateur, frisant quarante ans, important, blond et joufflu, rosé, rasé, bouclé, le ventre omnipotent, avec une grosse breloque en or qu'il roulait entre ses doigts ventosés, avait fait entrer dans la salle deux malades (homme et femme). Il appela auprès d'eux trois élèves inscrits, selon la formule, sur la liste des pratiquants, et les pria d'abord d'examiner la femme, étendue sur un lit à roulettes dane le décubitus dorsal. Le premier interrogea la patiente, lui demanda son âge et ses qualités, essaya de savoir depuis quand elle était malade, tâta son pouls, et ce fut tout.

Le second s'avança timidement vers elle, lui regarda d'un air vague les cheveux et le visage, retâta son pouls, lui entr'ouvrit la chemise, effleura le thorax du bout de ses doigts, puis se rejeta en arrière, satisfait. Le troisième, sans doute éclairé par l'examen des précédents, ne fut pas l'interroger, et le professeur, laissant les trois étudiants debout, à un mètre de distance l'un de l'autre, sans plus rien leur demander, sans rien leur montrer, et sans plus se soucier d'eux, parla trois quarts d'heure sur le

« tabes ». Ses paroles passaient au-dessus de la malade pour s'en aller vers l'auditoire ; bientôt il la laissait comme en dehors de la question, se gardant de voir ses pupilles, de chercher ses réflexes rotuliens ou d'essayer de la faire marcher : il l'oubliait.

Il ne parlait point de cette malade, qui était tabétique ; il discourait sans ordre sur le tabes en général, sur ses symptômes, s'occupait de ses rapports avec la syphilis, citait Fournier, Erb et Charcot, louait l'efficacité du traitement de Frenkel... Voilà bien l'image exacte d'une leçon clinique en Allemagne !

Or, comme les services sont hermétiquement fermés aux élèves, qu'il n'y a pas de stagiaires et que le seul enseignement existant est celui que je viens de décrire, il est facile de se douter de ce que savent les étudiants.

Ces exemples, pris sur le fait, résument en quelques lignes rapides notre opinion générale sur la médecine en Allemagne.

Bordeaux — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11